

# Os Sistemas de Gestão da Informação nos Hospitais Públicos Portugueses

*Andreia da Silva Almeida*

Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa

Alameda da Universidade

1600-214 Lisboa

Tel: 962786943

E-mail: [arquivoshospitalares@gmail.com](mailto:arquivoshospitalares@gmail.com)

## RESUMO

O presente estudo trata-se de um diagnóstico sobre os sistemas de informação nos hospitais públicos portugueses. Com este estudo pretende-se traçar uma recente perspetivação sobre estes sistemas de informação, essenciais para a preservação da documentação e a futura investigação histórica em matéria de saúde pública, sem esquecer a sua extrema importância para a gestão das instituições e no auxílio à prática clínica baseada na evidência. A metodologia utilizada, para além da revisão bibliográfica, baseou-se na análise crítica aos resultados de um questionário enviado a uma amostra representativa das instituições hospitalares portuguesas, após devido tratamento estatístico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hospitais Públicos, Sistemas de Informação Hospitalar, Gestão de Sistemas de Informação Hospitalar, Informação Hospitalar

## ABSTRACT:

This study is a diagnosis of information systems in Portuguese public hospitals. It is a recent perspective of information systems in hospitals, essential to the preservation of documentation and to improve future historical research in public health, not to mention its importance to the management of institutions and aid in clinical practice based on evidence. The methodology to be used, in addition to the literature review, is based on critical analysis of the results of a questionnaire sent to a representative sample of Portuguese hospitals, after due statistical treatment.

**KEY-WORDS:** Public Hospitals, Hospital Information Systems, Hospital Information Systems Management, Hospital Information, Portugal

## INTRODUÇÃO

Um hospital deve ser entendido como uma instituição que dispõe de uma série de recursos que devem ser geridos da melhor forma com o fim último de oferecer ao utente uma boa prestação de serviços e de otimizar a rentabilidade. Para atingir estes objetivos será fundamental cada instituição possuir um bom sistema de informação. Neste sentido, os sistemas de informação são essenciais para o funcionamento da organização, para a sua gestão corrente e integral. Todavia, nem só a gestão hospitalar beneficia com estes sistemas. Como afirma Rita Espanha, existe uma necessidade de dotar o Serviço Nacional de Saúde de «memória» (ESPANHA, 2010, 516). E os hospitais públicos são, incontornavelmente, uma importante fonte de informação nesta matéria. Ainda segundo a mesma autora, parece ser recomendável a criação, nas instituições ligadas à saúde, de uma cultura de registo da informação que seja valorizada.

Na actualidade, é inquestionável a importância da informação hospitalar, entendida como parte integrante de um sistema de informação, como toda a informação que flui numa instituição hospitalar. Esta informação é extremamente importante para a gestão das organizações, mas também para a preservação da memória das instituições, para os avanços ao nível da ciência médica, especialmente em áreas como a Medicina Baseada na Evidência, para a qualidade dos serviços de saúde, para a obtenção de estatísticas hospitalares... Nos últimos anos tem-se verificado um forte investimento ao nível das TIC (Tecnologias da Informação e Comunicação) nos hospitais públicos portugueses. Contudo, esse investimento ter-se-á alargado também a um investimento ao nível dos sistemas de informação?

A profícua bibliografia encontrada referente à gestão de sistemas de informação hospitalares, recolhida ao longo deste estudo, escrita por investigadores de vários pontos do globo, observa-os, na sua maioria, de uma forma redutora, enquanto unicamente sistemas de informação clínica. Desde o início, esta visão foi por nós rejeitada, dado que a nossa visão sistémica e integradora não se

coaduna com uma fragmentação da informação, uma segmentação entre informação clínica e não clínica ou administrativa, devendo a sua gestão ser, em nossa opinião, executada de uma forma abrangente. Neste âmbito, seguimos os pressupostos teóricos do trabalho realizado por uma equipa de investigadores alemães e austríacos, das Universidades de Leipzig e do Tirol, encabeçada por Reinold Haux, que foram essenciais para esta nova perspectiva sobre a gestão da documentação hospitalar (HAUX, 2004).

De modo a averiguar o estado actual dos sistemas de informação hospitalares nos hospitais públicos portugueses, delimitou-se um diagnóstico, tanto ao nível da gestão da documentação em fase genésica, quanto em fase pós-genésica.

## METODOLOGIA E ANÁLISE DE RESULTADOS

O instrumento utilizado para este estudo foi um questionário, por nós elaborado, constituído por 49 questões, essencialmente fechadas, dirigido aos Conselhos de Administração dos Hospitais Públicos Portugueses, durante um período de aplicabilidade de 3 meses, entre Janeiro e Março de 2011. Este processo foi efectuado desmaterializadamente através da plataforma *Google Docs*, havendo sido os dados tratados estatisticamente através da folha de cálculo *Excell*. A amostra obtida estimou-se em 35 hospitais e centros hospitalares, o que para a obtenção de um grau de confiança de 90% correspondeu a uma margem de erro de 9%.

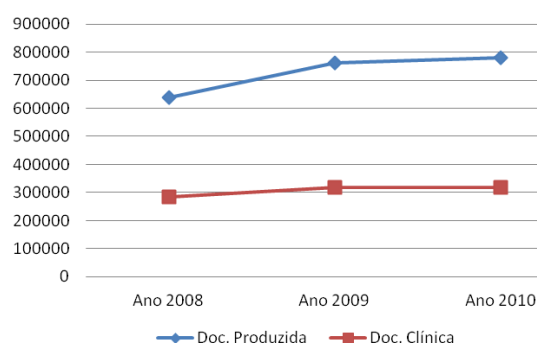
Os centros hospitalares foram contabilizados enquanto realidades unas, apesar de compreenderem outras unidades hospitalares, por apresentarem um único conselho de administração. Se, numa primeira fase, se tentou obter um leque de respostas separadas, por parte destes centros, consoante as instituições agregadas, concluiu-se que tal seria pouco viável, tendo em conta que a maioria dos Conselhos de Administração não mostrou disponibilidade para a resposta a múltiplos questionários, alegando tratar-se de realidades unívocas.

### Análise da Gestão da Informação em Fase Genésica

O primeiro grupo de questões presentes no questionário referia-se à avaliação da gestão da informação em fase genésica. O volume médio de documentação recebida pelas unidades hospitalares nos últimos 3 anos (de 2008 a 2010) situa-se na ordem entre os 20.000 e os 30.000 documentos por ano, podendo observar-se uma ténue tendência de crescimento. Por seu turno, os valores médios da documentação expedida situam-se num intervalo compreendido entre os 56.000 e os 68.000 documentos/ano, havendo-se registado uma ligeira quebra no ano de 2009 em relação ao ano anterior, números que recuperaram e se excederam durante o ano de 2010, confirmando um comportamento de crescimento da documentação expedida pelas instituições hospitalares. A análise dos dados leva-nos a concluir que a média de documentação expedida é bastante superior à média da documentação recebida pelas instituições hospitalares, sendo a primeira cerca de três vezes superior à segunda.

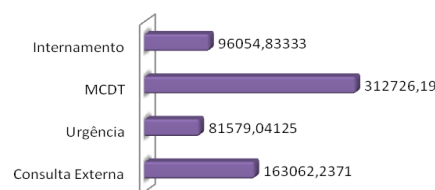
Quanto à documentação total produzida pelas unidades hospitalares, a análise dos resultados obtidos permitiu concluir a existência de um comportamento de crescimento uniforme do volume médio da documentação produzida, que se confina a um intervalo entre os 637.000 e os 780.000 documentos por ano. O volume médio de documentação clínica produzida regista um comportamento ascendente durante os anos em análise, mais notório entre 2008 e 2009, registando-se num intervalo compreendido entre os 280.000 e os 320.000 documentos por ano.

Para melhor estabelecermos uma relação entre a documentação produzida pelas entidades hospitalares e a documentação clínica produzida pelas mesmas, elaborámos um gráfico comparativo entre estas duas variáveis. Através da sua leitura, podemos concluir que a documentação clínica constitui cerca de metade da documentação produzida num hospital. Neste sentido, voltamos a sublinhar que, ao pensarmos num sistema de informação hospitalar, este deverá ser integrado, isto é, deverá abranger toda a documentação produzida pela instituição e não apenas a documentação clínica.



**Figura 1: Volume Total de Documentação Produzida e Volume de Documentação Clínica Produzida**

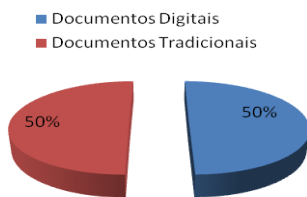
Quais serão, pois, as valências que produzem maiores níveis de documentação clínica? Dos números obtidos concluímos que são os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica que produzem um maior volume de documentação.



**Figura 2: Documentação Clínica Produzida por Valência**

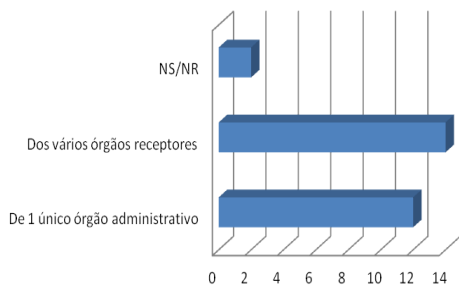
De modo a tentar perceber a percentagem de documentos tradicionais e de documentos digitais produzidos, na actualidade, pelas unidades hospitalares, efectuámos uma questão assim direccionada. Das respostas obtidas, concluiu-se que existe uma percentagem média semelhante, de 50%, de documentos digitais e de documentos tradicionais

produzidos.



**Figura 3: Percentagem de Documentos Tradicionais e Digitais Produzidos**

De modo a tentar observar a responsabilidade da Recepção, Registo, Classificação e Expedição da documentação foi elaborada uma questão que avaliasse essa situação. Apesar de 8% da amostra não saber responder, os números foram bastante sólidos, atribuindo a maioria das instituições inquiridas, cerca de 56%, a responsabilidade das tarefas atrás descritas aos vários órgãos receptores da documentação, denotando uma clara ausência de centralidade no tratamento da documentação expedida e recepcionada, facto que vem sublinhar a existência de uma clara fragmentação na gestão da documentação nestas instituições. Todavia, não podemos deixar de acentuar o número expressivo de instituições (48%) que admitem a existência de um órgão central responsável pela distribuição da documentação aos órgãos competentes, facto que denota uma evolução nos procedimentos administrativos a este nível.



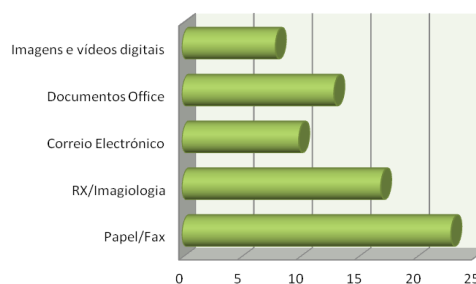
**Figura 4: Responsabilidade da Recepção/Registo/Classificação/Expedição da Documentação**

De forma a perscrutar onde são guardadas as cópias destes documentos, elaborámos uma outra questão que o pudesse esclarecer. As respostas obtidas levam-nos, mais uma vez, a crer que, sustentando os dados obtidos, a maioria das instituições hospitalares apresentam, ao nível da gestão da documentação administrativa na fase genésica, uma clara fragmentação. Cerca de 65% da amostra referiu que as cópias são guardadas nos serviços produtores ou receptores, demonstrando falta de centralidade administrativa e fraca utilização de suportes digitais (apenas 6% da amostra admitiu guardar as cópias em suporte digital).

No que diz respeito aos suportes dos documentos expedidos ou recebidos considerados para efeito de Registo e Classificação, é o papel a opção mais votada pelos inquiridos (32%), logo seguida pelos documentos de RX/Imagiologia (24%) e pelos documentos Office

(18%). Estranhamente, o correio electrónico não parece preocupar a grande maioria das instituições inquiridas, registando-se apenas 14% de hospitais que classificam os e-mails. Se compararmos estes resultados com a percentagem de municípios portugueses que registam o correio electrónico (29%), apesar de ambos os números serem extremamente insuficientes, os hospitais ficam ainda aquém dos municípios a este nível.

É ainda o papel que parece imperar nas instituições hospitalares, embora se reconheça um movimento, ainda deficitário, de avanço das novas tecnologias. Os documentos *Office* obtiveram uma boa percentagem no concernente à consideração para registo e classificação, embora não saibamos se estes são considerados enquanto nado-digitais ou só depois de serem impressos.



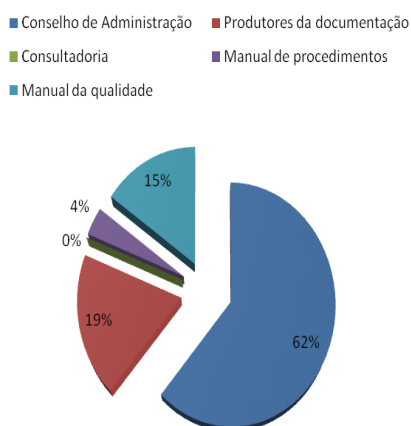
**Figura 5: Suportes Considerados para Registo/Classificação**

Na verdade, a maioria das instituições revela guardar os e-mails mais importantes no disco do computador ou nas pastas da aplicação de correio electrónico, facto revelador de ausência de uma política de gestão documental, sobretudo, ao nível da conservação. Tais opções não se revelam as mais correctas pois são pouco fiáveis em termos de segurança da informação. Todavia é o que acontece em cerca de 42% dos casos. Não podemos, contudo, esquecer que em 36% das ocorrências o correio electrónico é impresso e enviado para o arquivo do serviço ou colocado em pastas pessoais. Tal constitui um verdadeiro contra-senso, se pensarmos que o correio electrónico veicula informação nado-digital, que se deveria manter como tal. Apenas em 10% das respostas registamos a existência de um programa de recolha e classificação automática de todo o correio electrónico. E só em 4% dos casos o correio é enviado para uma aplicação de gestão documental. De facto, o correio electrónico parece ser um elemento pouco considerado enquanto documento hospitalar, guardado no disco do computador, na aplicação de correio electrónico ou impresso e guardado em arquivo...

Para perceber o *modus operandi* destas instituições no que é respeitante aos documentos digitais por elas produzidos, concluímos que cerca de 35% dos inquiridos apontam guardar estes documentos num disco do servidor de rede. Todavia, exactamente a mesma percentagem de interpelados (35%) afirma existir liberdade por parte dos utilizadores na gestão dos seus documentos digitais. Este facto espelha a falta de uma política de gestão da documentação em fase genésica e um possível e grave perigo de perda de

informação vital para a organização. Na verdade, observamos que 35% das instituições inquiridas possuem uma política *laissez-faire* no que diz respeito à gestão dos seus documentos digitais, o que parece corroborar uma parca preocupação das autoridades competentes nesta matéria.

Contudo, quem é que manda na gestão da documentação em fase genésica? Em cerca de 62% dos casos, é o Conselho de Administração o responsável pela política de gestão da documentação em fase genésica. Contudo, em 19% dos casos, as decisões sobre a documentação são deixadas com os seus produtores, o que vem, mais uma vez, sublinhar uma ausência normativa ou uma fraca política de gestão de documentos em fase genésica no seio do sector hospitalar público.

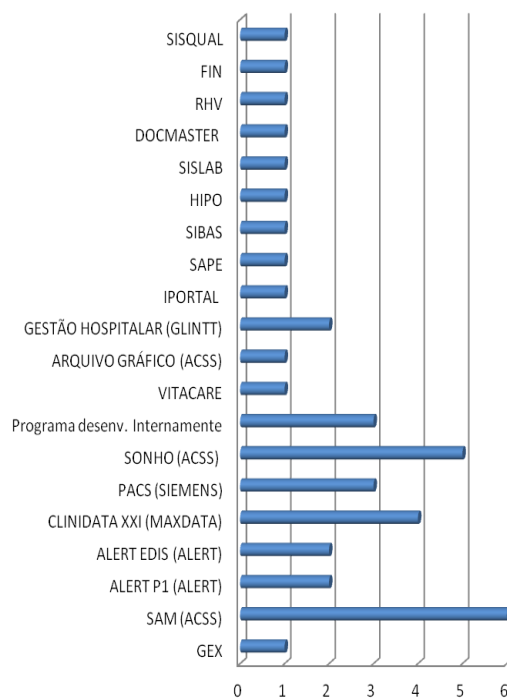


**Figura 6: Decisores da Política de Gestão da Documentação em Fase Genésica**

De modo a averiguar a existência de uma aplicação informática que gerisse a documentação administrativa ou clínica em fase genésica, constatou-se que, em cerca de 62% dos casos, os inquiridos admitiram a sua existência o que, porém, não deixa de ser ainda um número bastante reduzido de instituições com acesso a sistemas de informação digitais. Lembre-se de que 38% da amostra testemunha não possuir qualquer meio informatizado para a gestão da documentação clínica ou administrativa durante esta fase.

De forma a tentar explorar a utilização de softwares relativos à gestão da documentação administrativa e/ou clínica, decidiu-se questionar a parte da amostra que respondeu afirmativamente sobre a existência de uma aplicação informática de gestão documental, sobre as ferramentas, os fornecedores, o sistema operativo e as base de dados utilizadas. Como podemos comprovar, o SAM e o SONHO, fornecidos pela ACSS, são as aplicações informáticas mais usadas pelos elementos da amostra. É de sublinhar que cerca de 8% dos inquiridos refere a utilização de programas desenvolvidos pela equipa interna, tendência que mostra pontos positivos, nomeadamente a nível económico e na resolução das necessidades específicas de cada instituição. Os dados revelam, ainda, uma hegemonia dos sistemas operativos *Microsoft*, que acumulam 67% das respostas dos inquiridos. No que diz respeito às bases de dados

utilizadas, encontramos uma grande preponderância das bases de dados Oracle (71%), em detrimento das “bases de dados” Access (29%).



**Figura 7: Principais Programas de Gestão Documental Utilizados nos Hospitais Públicos Portugueses**

No que é respeitante ao grau de satisfação dos inquiridos com as suas soluções informáticas, a análise destes dados permite concluir que, de uma forma geral, os resultados médios oscilam entre o grau 3 (moderadamente satisfeito) e o grau 4 (satisfeito). Os itens que a amostra considerou com maior índice de satisfação dizem respeito à confiança na origem e aos aspectos ligados com a segurança dos sistemas, nomeadamente, autenticação e autorização dos utilizadores e confidencialidade e integridade dos dados. Os aspectos que a amostra apontou com menor satisfação foram o apoio técnico, as actualizações e a resolução de problemas.

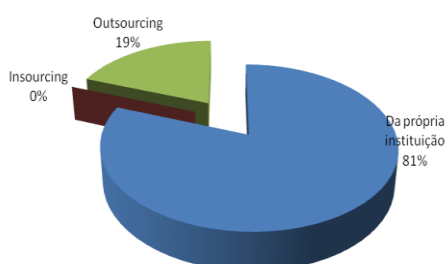
Na investigação sobre a previsão da aquisição de novas aplicações deste tipo, os resultados obtidos permitem-nos concluir que a maioria dos elementos da nossa amostra (46%) prediz adquirir uma nova aplicação entre 1 a 3 anos. Todavia, para estas instituições, que opções considerarão mais desejáveis na aquisição de novo software? De facto, não são as alternativas comerciais as preferidas pelos nossos inquiridos, que apontam, na sua maioria (46%), como melhor opção para a implementação de um novo sistema informático, uma actualização da aplicação já existente com novas funcionalidades, aos quais se podem somar os 8% de inquiridos que apontam uma aplicação desenvolvida pela equipa interna como a melhor solução. Todavia, 34% da nossa amostra acredita que as aplicações comerciais proprietárias são a melhor opção, o que contrasta com uma minoria de 4% que acredita nos

benefícios do software livre na área da saúde.

De forma a indagarmos a existência de um sistema de gestão integrada da informação clínica e administrativa, colocámos uma questão assim dirigida aos elementos da nossa amostra. Os resultados obtidos permitem concluir que apenas em 15% dos casos tal se verifica, o que constitui uma percentagem extremamente baixa e que vem sublinhar, uma vez mais, a existência clara de uma fragmentação da informação hospitalar e de uma utilização incorrecta e incipiente das tecnologias da informação por parte das unidades hospitalares públicas portuguesas.

### Análise da Gestão da Informação em Fase Pós-Genésica

No que diz respeito à gestão da documentação na fase pós-genésica, os resultados obtidos apontam para que, em 81% dos casos, a gestão dessa documentação seja realizada efectivamente pela própria instituição, verificando-se, em 19% dos casos, o recurso ao regime de *outsourcing*. É de acrescentar que não houve qualquer inquirido que tenha apontado o *insourcing* como solução na gestão da documentação na fase pós-genésica.



**Figura 8: Responsabilidade na Gestão da Documentação na Fase Pós-Genésica**

A maioria dos hospitais inquiridos, cerca de 45%, alegou esta tomada de decisão por motivos económicos. Em 26% dos casos, questões de segurança e fiabilidade foram, também, assinaladas, não esquecendo o óbvio déficit de espaço, apontado por 18% da amostra, móbil mais do que esperado para explicar o recurso ao *outsourcing*.

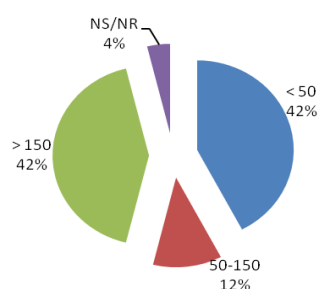
De forma a conhecer as condições físicas dos arquivos hospitalares, colocou-se um conjunto de questões nesse sentido. A primeira delas procurava medir o espaço físico ocupado pelo arquivo e a sua localização dentro do *campus* hospitalar. Na maioria dos casos, cerca de 85%, o arquivo situa-se dentro do *campus*, assinalando-se uma percentagem de 15% de ocorrências em que tal não se verifica. É claramente compreensível que, neste último caso, temos um paralelismo claro entre estes elementos e aqueles que apontam um regime de *outsourcing* para a gestão da sua documentação em fase pós-genésica.

O passo seguinte foi tentar perscrutar se o arquivo havia

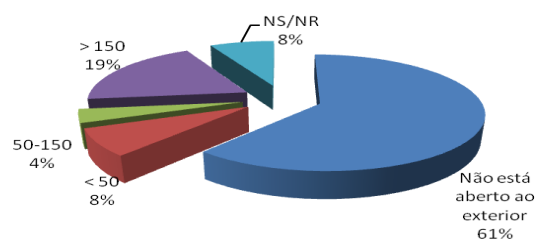
sido construído de raiz para o efeito. Os dados recolhidos demonstram que, em 73% dos casos, o arquivo hospitalar ocupa um espaço não construído de raiz, excepto em 19% dos hospitais que edificaram um local apropriado para a conservação do seu arquivo.

Mas, será que o espaço ocupado pelo arquivo é de uso exclusivo desse serviço? Os dados obtidos apontaram para que, em 69% dos casos, esse local seja de uso restrito do arquivo, embora em 31% das instituições patentes na amostra, tal não aconteça, números que não deixam de ser deveras preocupantes. Em 81% dos casos, verificou-se que o serviço de arquivo integra a orgânica da instituição, restando 19% de instituições em que tal não se observou. Não obtivemos, contudo, informações sobre a localização do serviço de arquivo na orgânica hospitalar, o que constitui uma limitação do nosso estudo.

Qual será o grau de utilização do arquivo hospitalar, tanto ao nível dos utilizadores internos, quanto ao nível dos utilizadores externos? No que é respeitante ao número médio de utilizadores internos anuais, observamos uma situação um pouco ambígua. A mesma percentagem de instituições (42%) afirma, por um lado, registar um número médio de utilizadores inferior a 50 indivíduos e, por outro, um número médio superior a 150 utilizadores. Observando estes dados, 54% da amostra refere um índice de utilizadores internos superior a 50 indivíduos por ano. Quanto a utilizadores externos, em cerca de 61% das instituições inquiridas, o serviço de arquivo não está aberto ao exterior. Todavia, naquelas em que tal se verifica, regista-se uma frequência de 19% da amostra com uma utilização superior a 150 utilizadores anuais. Estes dados coadunam-se, na perfeição, com uma maior ou menor fragmentação da informação hospitalar.



**Figura 9: Número Médio de Utilizadores Internos/Ano**



**Figura 10: Número Médio de Utilizadores Externos/Ano**

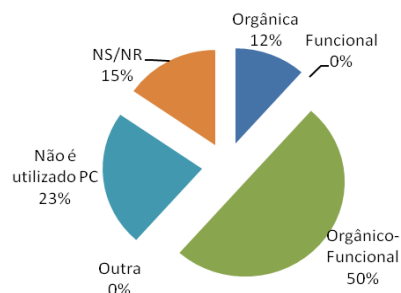
Quanto aos profissionais encarregues dos arquivos hospitalares, os resultados obtidos permitem observar uma panóplia de situações. Em cerca de 27% dos casos encontramos arquivos sem nenhum colaborador. Na grande maioria dos casos (42%), encontramos arquivos com 2 a 5 colaboradores. E, surpreendentemente, noutros 27% dos arquivos, encontramos uma cifra superior a 6 colaboradores. Mais uma vez, estes números coadunam-se com situações de maior ou menor fragmentação da documentação.

Quanto às habilitações literárias dos profissionais que ali laboram, os resultados obtidos permitem observar realidades bastante diversificadas. Veja-se: em 38% dos casos encontrou-se responsáveis com habilitações ao nível do 9º ou 12º ano. Este resultado não é de estranhar, tendo em conta que o arquivo é, muitas vezes, considerado pejorativamente, constituindo o início da carreira administrativa. Noutros 38% encontramos responsáveis detentores de uma licenciatura, não esquecendo os 8% de respostas referentes a chefias com habilitações literárias ao nível do mestrado/doutoramento. Também não deve passar incólume a percentagem de 4% de instituições que possuem responsáveis apenas com a 4ª classe. Neste sentido, observa-se a existência de dois tipos de responsáveis pelos serviços de arquivo hospitalares, encontrados em proporções mais ou menos idênticas: profissionais detentores de cursos superiores graduados e pós-graduados e profissionais com a escolaridade básico-secundária. Contudo, o presente questionário não conseguiu perscrutar a área de formação específica destes profissionais, o que constitui uma limitação deste estudo. Os resultados obtidos demonstram, contudo, que em 69% dos casos, existe uma acumulação da responsabilidade do serviço de arquivo com outras funções, o que atesta uma menor importância dada àquele serviço.

De forma a reflectir sobre o volume de documentação instalada no arquivo hospitalar, questionou-se a amostra relativamente ao número de metros lineares de documentação existente. Assim, concluiu-se que, também aqui, os resultados são díspares, conforme o grau de fragmentação do sistema de informação. Vinte e sete por cento da amostra afirma ter documentação inferior a 300 m, enquanto 35% refere ter entre 300 a 1000 m de documentação. Cerca de 8% das ocorrências têm entre 1000 a 2000 m e 19% afirmam ter documentação superior de 2000 m. Todavia, uma percentagem bastante considerável (11%) da amostra não faz ideia da quantidade de documentação existente no seu arquivo.

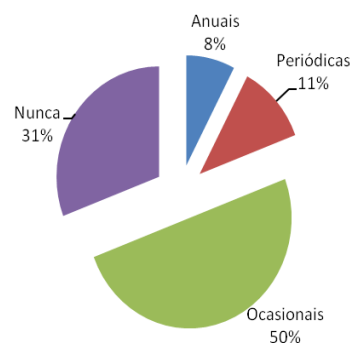
Passamos à análise do tipo de tratamento arquivístico da documentação na fase pós-genésica efectuada por parte dos hospitais. Uma das questões que nortearam esta investigação centrou-se no facto de estas instituições seguirem, ou não, as directivas emanadas pela portaria nº. 247/2000, de 8 de Maio, relativa à gestão de documentos hospitalares. Os dados obtidos permitem concluir que esta portaria é seguida em 73% dos casos, não sendo levada em consideração noutros 19%. Mais uma vez, registam-se 8% de instituições alheadas desta temática.

Em relação à estrutura de plano de classificação, em cerca de 50% dos casos, observa-se a utilização de um plano de classificação orgânico-funcional. Todavia, em 23% das instituições inquiridas não existe qualquer plano de classificação, o que vem sublinhar a pouca importância, dada por algumas delas a esta matéria, quando se trata de um instrumento chave para a gestão da informação.



**Figura 11: Estrutura dos Planos de Classificação**

No que diz respeito às transferências, os dados obtidos pelo inquérito revelam que a esmagadora maioria da amostra (85%) afirma executá-las de uma forma regular. No que diz respeito às eliminações, a amostra foi questionada sobre a regularidade da sua execução nos últimos 10 anos. Os resultados obtidos permitem concluir que, em 50% dos casos, essas eliminações foram ocasionais e em 31% das instituições incluídas na amostra as eliminações nunca foram efectuadas. Apenas 11% admitem executá-las periodicamente e 8% anualmente.

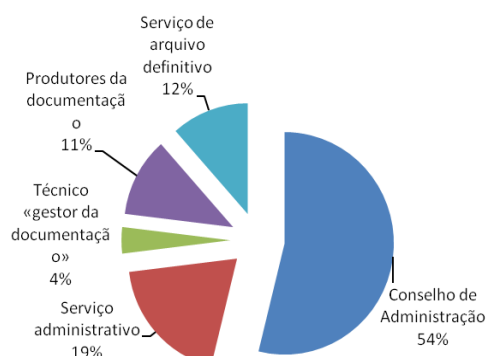


**Figura 12: Eliminações nos Últimos Dez Anos**

No seguimento desta questão, tentou-se averiguar quais os motivos para a não eliminação da documentação. A maioria da amostra que havia afirmado não eliminar periodicamente a documentação (33%) admitiu fazê-lo devido a uma questionável decisão de manter toda a documentação.

No que diz respeito à responsabilidade cabal da aplicação dos prazos de conservação da documentação, os dados obtidos permitem concluir, uma vez mais, como se verificou em relação à documentação em fase genésica, que é o Conselho de Administração que ocupa uma posição hegemónica nesta área, agregando cerca de

54% dos resultados. Apenas em 12% dos casos é o serviço de arquivo definitivo o responsável pela aplicação dos planos de conservação, o que parece ser sinónimo de uma carência de investimento nestes serviços, cuja posição para a tomada deste tipo de decisões deveria ser central e estratégica, bem como para o planeamento e definição de uma estratégia global de cada sistema de informação hospitalar.



**Figura 13: Responsabilidade na Aplicação de Prazos de Conservação**

Os resultados demonstraram ainda que, em 69% dos casos, não existe qualquer tipo de aplicação informática patente no arquivo hospitalar, isto é, o sistema de informação não é auxiliado por um sistema informático, número que, mais uma vez, expressa um descuido face a este tipo de informação. Os 31% de instituições que admitiram possuir uma solução informática para a gestão da documentação na fase pós-genésica foram questionados sobre que aplicações utilizavam. Em cerca de 50% dos casos, apontaram a utilização do SONHO.

De forma a poder avaliar-se os cuidados com a preservação da documentação, questionou-se a amostra sobre a frequência da higienização e do controlo ambiental dos depósitos. Os dados obtidos revelam que, em 50% dos casos, a higienização é efectuada raramente, sendo que em 8% dos casos nunca é efectuada. Apenas em 11% das ocorrências parece existir uma constante preocupação com esta documentação, realizando-se mensalmente a higienização dos depósitos.

Por último, para entender quais os pontos mais relevantes que as instituições consideram quanto à importância da gestão da informação, concluiu-se que todos os factores são elevadamente considerados. Todavia, uns são mais importantes do que outros, sendo aquele que congrega maior nível de importância o relacionado com o acesso facilitado e imediato a toda a informação produzida pela instituição, critério utilitarista e pragmático mas, também, de eficiência. Este factor é, segundo o nível da importância, seguido por um outro ligado a uma resposta atempada a auditorias e inspecções e à preocupação com a exactidão e integridade dos documentos. Pelo contrário, os factores considerados menos importantes pela amostra, no que diz respeito ao estabelecimento de uma política de gestão da informação, prendem-se, essencialmente, com a preocupação com a preservação

da memória da instituição, com o desenvolvimento ordenado e eficiente da unidade hospitalar e a salvaguarda dos activos. Assim sendo, nota-se a existência de uma clara preocupação das instituições com a gestão e a recuperação atempada da informação, percebida como um importante factor de prova legal. Todavia, dados como a memória e a história da organização são menos valorizados pela amostra, talvez percebidos como economicamente menos relevantes.

## CONCLUSÃO

Numa primeira análise dos dados obtidos conclui-se por uma inexistência de uma política de gestão dos sistemas de informação, observando-se que o investimento que tem sido feito ao longo dos últimos anos, ao nível das TIC, não foi alargado a um investimento em sistemas de informação. Esta observação é salientável porque indica que os hospitais percebem os sistemas de informação meramente enquanto sistemas informáticos, o que explica a razão dos fracos resultados dos investimentos que têm sido feitos nos últimos anos, nesta área.

Não podemos, ainda, deixar de salientar uma falta de qualidade das respostas ao questionário efectuado. Na verdade, cerca de 26% da amostra não respondeu cabalmente ao nosso instrumento de medida, alegando falta de dados ou falta de recursos humanos especializados para o efectuar. Desde o início, este foi considerado um ponto negativo sobre a situação, na actualidade, dos sistemas de informação hospitalares.

Em relação aos dados obtidos, alguns deles foram escassos, pouco claros e homogéneos, havendo uma percentagem substancial da amostra que não possuía sequer qualquer estimativa em relação à documentação produzida, expedida e recebida. Na verdade, os próprios hospitais desconhecem o volume de documentação que circula no seu seio, o que demonstra um sério *handicap* nos seus sistemas de informação. Todavia, não podemos olvidar que existe uma tendência de crescimento da informação hospitalar, embora pareçam não existir sistemas de informação à altura das necessidades.

Esta aparente «anarquia» verifica-se, por exemplo, ao nível da gestão do correio electrónico. Cerca de 86% da amostra considera a informação que circula num e-mail não passível de registo ou classificação. Isto é paradoxal, quando sabemos que, segundo o relatório do INE (2010), cerca de 96% dos hospitais têm acesso a correio electrónico. Tal vem sustentar claramente a nossa observação de que não vale a pena um investimento nas TIC se este não se estender a um investimento em Sistemas de Informação.

No que diz respeito ao modelo de suporte em voga no ambiente hospitalar, concluiu-se que o tradicional paradigma de utilização da documentação em papel é ainda o mais utilizado. A falta de dados, nesta matéria, é também de assinalar, bem como o facto de os suportes registados serem essencialmente os suportes

tradicionais. No entanto, nota-se um claro movimento que tenta inverter esta situação, apostando num investimento em tecnologias da informação.

No que diz respeito à informação produzida por uma unidade hospitalar, a literatura internacional dá grande relevo à informação clínica. Todavia, este estudo deixa claro que esta corresponde, apenas, a uma parte da informação produzida numa instituição hospitalar, possuindo a informação administrativa um peso semelhante, em termos de volume de documentação e de importância para a gestão da instituição. Note-se que este estudo observa a informação hospitalar de um ponto de vista sistémico, como toda a informação que flui numa unidade hospitalar, independentemente do seu desígnio clínico ou não clínico.

De facto, a informação hospitalar nos hospitais públicos portugueses é uma informação que padece de uma centralização, de forma a diminuir a sua fragmentação. Esta fragmentação é de dois tipos: uma fragmentação espacial pelos diversos serviços do hospital e uma fragmentação intelectual entre documentação clínica e documentação administrativa, sendo esta última preterida em relação à anterior. Notemos que uma informação fragmentada é mais difícil de recuperar, aumentando os custos associados ao seu tratamento e gestão.

Em relação à documentação na fase pós-genésica esta é essencialmente tratada no seio da instituição hospitalar, possuindo o Conselho de Administração o poder decisório sobre o seu tratamento. Esta documentação, em muitos casos, não é passível de plano de classificação e, nos últimos 10 anos, foi sujeita a eliminações escassas e inexistentes, tal como escassas foram as medidas de conservação e higienização a que foi submetida. Estes dados vêm sublinhar um sentimento de abandono e de negligência face a esta informação, cujas consequências poderão ser múltiplas, como falhas no processo de gestão das instituições de saúde, perda da memória das instituições ou retrocesso ao nível da investigação médico-científica ... A opção reiterada de manter toda a documentação é uma opção claramente ineficaz, que leva ao tratamento de informação inútil, diminuindo a qualidade dos sistemas de informação e tornando mais dispendiosa e difícil a recuperação dessa informação.

Não vale a pena, contudo, estabelecer um diagnóstico da situação actual em termos de sistemas de informação hospitalares, delinear problemas sem apontar possíveis resoluções. Talvez a principal solução se prenda com uma necessidade de centralização do tratamento desta informação, tanto na fase genésica quanto na fase pós-genésica, dirimindo a sua fragmentação, extinguindo os arquivos departamentais espalhados pelos diversos serviços do hospitais e retirando deles todo o poder decisório face a esta informação, criando-se um arquivo único e centralizado.

Mais ainda, é necessária a existência de uma legislação única aplicável a todas as unidades hospitalares que integram o SNS (Serviço Nacional de Saúde). A portaria n.º 247/2000, necessita de uma clara revisão,

tendo presente a Macroestrutura Funcional apresentada recentemente pela Direcção Geral de Arquivos. Não é possível, ainda, esquecer a necessidade de legislar o tratamento da documentação anterior a 1945, documentação essencialmente clínica, completamente esquecida pelas autoridades competentes e, quem sabe, irremediavelmente perdida.

Caberá, pois, aos Conselhos de Administração o poder de se rodearem de profissionais competentes, criando equipas multidisciplinares capazes de responder aos problemas específicos de cada instituição. Entre esses profissionais deverão estar arquivistas com formação específica, capazes de elaborar um Plano de Gestão Estratégica da Informação, um diagnóstico de cada instituição que descreva o modelo de referência do sistema de informação, as funções por ele suportadas, a sua arquitectura e organização. Este plano deveria dar origem a um Portefólio Projectivo Estratégico que congregasse possíveis soluções para cada instituição.

Antes de terminar, lembre-se, ainda, que este trabalho foi pensado como sendo um estudo comparativo entre a realidade pública e privada ao nível da gestão dos sistemas de informação. O mesmo questionário foi enviado aos Conselhos de administração dos hospitais públicos e privados. Contudo, não foi obtida qualquer resposta ao nível do sector privado, deixando este estudo de possuir um âmbito comparativo, mas não perdendo a sua clara relevância. Resta salientar a percepção que nos ficou de que, ao nível do sector privado, existe uma clara dificuldade na comunicação, por correio electrónico, entre os cidadãos e a administração das unidades hospitalares, não sendo, a maior parte das vezes, público qualquer tipo de e-mail institucional ou pessoal que os ligue.

Para terminar, é necessário reiterar a ideia de que o investimento nas TIC, que tem sido feito nos últimos anos, por si só, não foi suficiente para uma boa gestão dos sistemas de informação, importantíssimos para uma gestão hospitalar eficaz. Esta última é, contudo, essencial para aquilo que é um dos objectivos primordiais de qualquer sistema de saúde: uma melhor prestação dos cuidados de saúde aos utentes. Cabe, pois, às autoridades competentes, o poder decisório de alterar este quadro, menos positivo, a que foi votada esta informação tão importante e sensível para o SNS, a vários níveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Andreia da Silva – *Os Sistemas de Gestão da Informação nos Hospitais Públicos Portugueses: Uma Perspectiva Actual*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Documentação e da Informação, apresentada à Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, Lisboa, Janeiro de 2012.

ESPAÑA, Rita - «Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde». In Jorge Simões (coord.) - *Trinta anos do serviço nacional de saúde: Um percurso comentado*. Lisboa: Almedina, 2010, p. 516.



HAUX, R. [et al.] - *Strategic Information Management in Hospitals. An introduction to Hospital Information Systems*. New York: Springer, 2004.

INE - *Inquérito à utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação nos Hospitais 2010*. Lisboa: INE, 2010.